

SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD: ESTUDIO DE PREVALENCIA EN PERSONAS QUE CONSULTAN EN CENTROS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA LOCALIDAD DE MALVINAS ARGENTINAS.

Autores: VILLACÉ M. Belén¹, ABELDAÑO R. Ariel¹, BURRONE M. Soledad¹, ALVARADO Rubén², ENDERS E. Julio¹, FERNÁNDEZ A. Ruth¹.

Instituciones: ¹Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba – Córdoba, Argentina. ² Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile – Santiago de Chile, Chile.

Dirección postal: Enrique Barros esq. Enfermera Gordillo Gómez, Ciudad Universitaria, Córdoba – CP5000. Tel/Fax: 0351-4334042 - Celular: 0351-152622566. E-mail: belenvillace@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Se ha demostrado en investigaciones de diversos países que los consultantes de primer nivel de atención refieren trastornos mentales y de comportamiento (TMyC) produciendo discapacidad y sufrimiento.

Objetivo: Identificar y describir la prevalencia de trastornos mentales en personas que consultan por problemas de salud general en centros de primer nivel de atención de la localidad de Malvinas Argentinas, Córdoba.

Metodología: Se realizaron entrevistas a 69 personas de 20 a 69 años atendidas en centros de salud de Malvinas Argentinas, utilizando la versión del CIDI 3.0. La confiabilidad y la validez del instrumento ha sido ampliamente documentada. El análisis descriptivo se realizó por medio de distribución de frecuencias para la prevalencia vida, año y mes.

Resultados: El 72,5% de los entrevistados fueron mujeres, el 24,6% se ubicó en el grupo de 55 a 64 años, 44,9% eran casadas y 29% solteros. La prevalencia del total según “prevalencia vida año y mes” muestra que 3 de cada 4 personas y 2 de cada 6 presentaron algún TMyC en la vida y año respectivamente. Por cada hombre que presentó TMyC lo presentaron 6 mujeres en la prevalencia vida y año. Se presentaron con mayor prevalencia en la vida los trastornos de pánico (13,0%), episodio depresivo severo (7,2%), trastorno depresivo recurrente (7,2%), la prevalencia año presentó trastorno de pánico (7,2%), de ansiedad generalizada (4,3%) y obsesivo-compulsivo (4,3%); para la prevalencia mes se presentaron trastorno de pánico (4,3%), de ansiedad generalizada (2,9%) y agorafobia (1,4%). El 14,49% de los entrevistados presentó un TMyC en la vida, el 11,59% presentó 2 y el 10,14% presentó ≥ 3 .

Discusión y conclusión: Se observan prevalencias similares a la encontrada en estudios previos. Los resultados apoyan la necesidad de incrementar esfuerzos en estrategias de promoción, prevención y atención, donde el primer nivel de atención puede tener un papel clave.

Palabras Claves: Prevalencia - Trastornos Mentales – Trastornos del Comportamiento – Primer Nivel de Atención de la Salud.

MENTAL HEALTH IN THE COMMUNITY: PREVALENCE STUDY IN PEOPLE WHO CONSULT IN CENTERS OF PRIMARY CARE IN THE TOWN OF MALVINAS ARGENTINAS.

Authors: VILLACÉ M. Belén¹, ABELDAÑO R. Ariel¹, BURRONE M. Soledad¹, ALBARADO Rubén², ENDERS E. Julio¹, FERNANDEZ A. Ruth¹.

Institutions: ¹School of Public Health, Faculty of Medical Sciences, National University of Cordoba - Cordoba, Argentina. ²School of Public Health, University of Chile - Santiago de Chile, Chile.

ABSTRACT

Introduction: It has been shown in research from different countries that primary care consultants refer mental and behavioral disorders (TMyC) causing disability and suffering.

Objective: Identify and describe the prevalence of mental disorders in people who consult about general health problems at the primary care centers of the town of Malvinas Argentinas, Cordob.

Methodology: Interviews were conducted with 69 individuals from 20 to 69 years treated at Malvinas Argentinas health centers, using the CIDI version 3.0. The reliability and validity of the instrument has been widely documented. The descriptive analysis was performed using frequency distribution for lifetime prevalence, year and month.

Results: 72.5% of respondents were female, 24.6% were located in the group of 55-64 years old, 44.9% were married and 29% single. Total prevalence as "lifetime prevalence year and month" shows that 3 out of 4 people and 2 of 6 had some TMyC in life and year respectively. For every man who presented TMyC it were 6 women in lifetime prevalence and year. Were presented with the highest prevalence in life panic disorder (13.0%), major depressive episode (7.2%), recurrent depressive disorder (7.2%), the prevalence year presented panic disorder (7.2%), generalized anxiety (4.3%) and obsessive-compulsive (4,3%); for prevalence month were presented panic disorder (4.3%), Generalized Anxiety (2.9%) and agoraphobia (1.4%). The 14.49% of the respondents presented a TMyC in life, 11.59% had 2 and 10.14% had ≥ 3 .

Discussion and conclusion: The observed prevalences are similar to those found in previous studies. The results support the need to increase efforts in promotion strategies, prevention and care, where primary health care can play a key role.

Keywords: Prevalence - Mental Disorders - Behavioral Disorders - First Level Health Care.

SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD: ESTUDIO DE PREVALENCIA EN PERSONAS QUE CONSULTAN EN CENTROS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA LOCALIDAD DE MALVINAS ARGENTINAS.

INTRODUCCIÓN

El informe de la Organización Mundial de la Salud (2001), por su parte, refiere que en un plazo de 20 años los trastornos mentales pasarán a ser la segunda causa dentro de la carga de morbilidad a nivel mundial, y en la actualidad una de cada cuatro personas padece de algún trastorno mental en alguna etapa de su vida.

Los estudios de prevalencia de trastornos mentales en la Atención Primaria reflejan valores elevados, tales como el 23,6% en Mainz (Alemania), el 24,8% en Manchester (Reino Unido) y el 26,3% en París (Francia), entre los países europeos y entre los países latinoamericanos se registraron valores del 35,5% en Río de Janeiro (Brasil) y el 52,5 % en Santiago (Chile) (Goldberg D et al. 1996).

Así mismo, por la magnitud de la problemática, su etiología multifactorial, la estigmatización y la discriminación generalizada que conlleva, la respuesta más adecuada para la comunidad es una estrategia desde la Salud Pública. Por lo tanto, para avanzar en la implementación de políticas al respecto es fundamental conocer la magnitud del problema y sus características: prevalencia, características clínicas y la capacidad de los médicos para detectar los casos.

El déficit de información respecto a esta temática está descripta ampliamente por la revisión bibliográfica efectuada por profesionales brasileros (Kratz, Silva de Lima y col. 2004). En Argentina, es limitada la información acerca del registro epidemiológico en salud mental, ya sea referida a la problemática de las entidades psiquiátricas (Wilbur 1972, Aszkenazi 1984) o comunitarias (Collins 2008), no contando con estudios abordados desde la APS en la provincia de Córdoba.

Tomando en cuenta que la OMS recomienda reforzar la capacidad de respuesta en la promoción y prevención de la salud mental (WHO/IC Psychiatric Epidemiology 2001) los estudios indican que en la provincia de Córdoba las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades no son suficientes, a lo que se suma que cuenta con estructuras que favorecen que las acciones en salud se focalicen en la actividad asistencial (Fernández R y col. 2007). Esta perspectiva es insuficiente para abordar la problemática actual con la presencia de enfermedades que ponen en evidencia la existencia de condiciones sociales y medioambientales altamente preocupantes no sólo en la provincia de Córdoba sino también en todo el país (Moreno y col. 2000, Didoni y col 2005, Kohn y col 2001).

En este sentido las investigaciones realizadas revelaron que las acciones de los centros de primer nivel de atención del municipio de Malvinas Argentinas no distan de las observadas en la provincia, orientándose predominantemente a las actividades asistenciales y detectándose debilidades en las actividades de promoción y prevención fundamentalmente en el área de la salud mental (Burrone y col. 2007). Conjuntamente a los estudios citados se mostró que en la localidad de Malvinas Argentinas, los problemas de salud mental en la población adolescente tienen relación a patologías incluidas como necesidades en el primer nivel de atención (Fernández y col 2010).

Partiendo de la propuesta de analizar la prevalencia de trastornos mentales en consultantes de los centros de atención, se tomó como punto de partida que las investigaciones epidemiológicas constituyen un instrumento de gran utilidad para determinar la magnitud y distribución de los trastornos mentales en una población determinada, y que reconocen que las acciones desde el primer nivel de atención pueden resultar determinantes en la prevención de los trastornos mentales y en la promoción de la salud mental, colaborando en la educación de la familia y la comunidad (OPS 2004).

Por otro lado, el primer nivel de atención puede desempeñar un papel importante en la continuidad de cuidados y en el seguimiento terapéutico, así como constituir un elemento de enlace entre la comunidad y servicios de salud mental. La accesibilidad, el conocimiento de la familia y del contexto por parte de los profesionales de atención primaria pueden favorecer esta función coordinadora con los servicios especializados y los servicios sociales muy importantes para este tipo de pacientes (OMS 2001).

Es así, que el marco conceptual y teórico de la Atención Primaria de la Salud, desempeña un papel relevante en el nuevo concepto de abordaje de los problemas de salud mental, en los que la prevención y el abordaje precoz son retos necesarios en los que el primer nivel de atención puede tener un papel clave. Del mismo modo que el compromiso del equipo de salud y el seguimiento de estos pacientes permitirán su tratamiento en contextos más integrados en la familia y la comunidad (OMS 2001).

En los últimos años se ha reconocido la cada vez más elevada presencia de personas que sufren algún trastorno mental. El reconocimiento de la prevalencia de Trastornos Mentales y del Comportamiento en la comunidad trae como consecuencia una mejor planificación de los servicios y una consecuencia positiva tanto para el propio paciente como para la sociedad (Vicens-Pons E 2009).

El presente estudio se enmarcó en un estudio multicéntrico desarrollado en la provincia de Córdoba y conformado por un equipo de trabajo de cooperación internacional entre profesionales de la Facultad de Psicología y de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba y de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. El mismo se propone como continuidad a los estudios realizados por el equipo de investigación en la localidad de Malvinas Argentinas, en materia de Atención Primaria de la Salud y salud mental.

OBJETIVO

Identificar y describir la prevalencia de trastornos mentales en personas que consultan por problemas de salud general en centros de primer nivel de atención de la localidad de Malvinas Argentinas, Córdoba.

MATERIAL Y MÉTODO

El municipio de Malvinas Argentinas está ubicado al noreste de la capital cordobesa, en el departamento Colón de la provincia de Córdoba, Argentina. La ciudad de Malvinas Argentinas forma parte del denominado Gran Córdoba, es decir la conurbación de la ciudad de Córdoba con un puñado de localidades del departamento Colón. Este municipio dista a 10 kilómetros de la ciudad de Córdoba, y se encuentra ubicada sobre la Ruta Provincial A188 (Camino Monte Cristo) y sobre la Ruta Nacional 19.

Malvinas Argentinas cuenta con tres Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), pertenecientes a la región sanitaria nueve de la Provincia de Córdoba. Los mismos están distribuidos estratégicamente en las tres secciones del municipio, Centro de Salud Evita (CAPS I), ubicado en la primera sección, es decir al Oeste, el CAPS II ubicado en la segunda sección, enmarcado por el cruce de la ruta provincial del lado Oeste y por la ruta Nacional 19 del lado Este, y el CAPS III ubicado al este de la Ruta Nacional Número 19, el cual se encuentra inserto en la tercera sección.

Muestra

El estudio se realizó con personas de 20 a 69 años que asistieron por problemas de salud general, a los consultorios de atención de salud de la localidad de Malvinas Argentinas.

La selección de los entrevistados se efectuó en los consultantes a los centros de salud de la localidad que aceptaban participar del estudio y que cumplían con los criterios de inclusión.

La muestra quedó constituida por 69 personas, y el valor maestral tuvo en cuenta la población consultante y la prevalencia estimada para trastornos mentales en la comunidad, con un nivel de confianza del 95%.

Instrumento y variables de estudio

Existen diferentes formas de medir prevalencia de Trastornos Mentales y del Comportamiento en la comunidad, en esta oportunidad se realizó mediante la aplicación de *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI - versión 3.0), que se constituye como un instrumento diagnóstico que ha sido diseñado para realizar estudios epidemiológicos en la comunidad, con el objeto obtener

información válida sobre la prevalencia de Trastornos Mentales y del Comportamiento en la población en general y la carga de los trastornos mentales a nivel comunitario.

El instrumento se aplicó realizando una entrevista a los pacientes. La versión computarizada del CIDI 3.0 se divide en dos partes. El primer módulo aplicado (tamizaje) contiene preguntas que indican la posibilidad de algún trastorno, el cual determina el paso al segundo módulo que explora en profundidad el estado de la persona.

El CIDI proporciona diagnósticos de vida, último año y último mes según criterios del DSM-IV y CIE-10, para diagnósticos principales y secundarios de Trastornos Mentales y del Comportamiento, entre los que se incluyen: trastornos mentales debido al consumo de psicotrópicos, trastornos afectivos (del humor) (depresión, distimia, manía), trastornos de ansiedad (neuróticos) (pánico, agorafobia, fobia social, trastornos de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno post-traumático), trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia (trastornos de conducta, trastornos emocionales específicos en el comienzo de la niñez, otros trastornos emocionales de inicio en la niñez o adolescencia). En esta investigación se presentan los diagnósticos de acuerdo a la CIE-10 y por grupo de diagnósticos. El instrumento CIDI 3.0, contiene además módulos con información de características sociodemográficas.

La confiabilidad y la validez del instrumento ha sido ampliamente documentada y la traducción de la encuesta al español fue realizada conforme a las recomendaciones de la OMS (Posada 2006, OMS 2001). Fueron realizadas adicionalmente adaptaciones lingüísticas por consenso para el grupo de Argentina.

Registro de datos

Un profesional de la salud mental registrado oficialmente como entrenador del CIDI en la versión computarizada capacitó a entrevistadores. Para tal fin se realizó una capacitación de 40 horas durante dos meses, la cuál se llevó a cabo en el marco del estudio multicéntrico desarrollado por el equipo de trabajo de cooperación internacional entre profesionales de la Facultad de Psicología y de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba y de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

Todas las entrevistas se plantearon desde el respeto a los Principios Éticos Básicos propios de la ética de la investigación que incluyen sujetos humanos y que se presentan bajo 3 principios: *Principios de respeto a las personas, de Beneficencia y de Justicia*. La aplicación de estos principios, implica la consideración del consentimiento informado el cuál comprende tres elementos: información, comprensión y voluntad, todo ellos son asumidos en el proceso de la entrevista. La *información* tiene por objeto asegurar que se proporcione suficientes datos a los sujetos incluyendo el procedimiento de la investigación, sus propósitos, riesgos y beneficios anticipados y una declaración ofreciendo al sujeto la oportunidad de hacer preguntas y retirarse si lo desea. La *comprensión* implica la responsabilidad del investigador de asegurar que el sujeto ha comprendido la información ofrecida, y la *calidad de voluntario* implica la aceptación de participar en la investigación voluntariamente. La duración de las entrevistas fueron de 40 minutos en promedio.

Análisis de datos

El análisis descriptivo se realizó por medio de distribución de frecuencias para la prevalencia vida, prevalencia año y prevalencia mes según sexo, grupo de edad y estado civil. Los diagnósticos se agruparon por grupo de Trastornos Mentales y del Comportamiento según sean trastornos mentales debidos al consumo de psicotrópicos, trastornos afectivos (del humor), trastornos de ansiedad (neuróticos), trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia.

RESULTADOS

La distribución demográfica de la población encuestada, muestra que el 72,5% de entrevistados fueron mujeres y el 24,6% se ubicó en el grupo de edad de 55 a 64 años. En relación al estado civil el 44,9% de los entrevistados son personas casadas y el 29% solteros (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la población encuestada en Malvinas Argentinas según características sociodemográficas (n: 69).

	n	%
Sexo		
Varón	19	27,5
Mujer	50	72,5
Grupo de edad		
20 a 24	11	15,9
25 a 34	13	18,8
35 a 44	13	18,8
45 a 54	15	21,7
55 a 65	17	24,6
Estado Civil		
Casado	31	44,9
Separado	9	13,0
Divorciado	4	5,8
Viudo	5	7,2
Soltaro	20	29,0

Los resultados de Trastornos Mentales y del Comportamiento según “prevalencia vida”, “prevalencia año” y “prevalencia mes” muestran que el 78,26% de la población presentó algún Trastornos Mentales y del Comportamiento en la vida, el 33,33% en el último año y el 8,70% en el último mes (tabla 2). Es decir que 3 de cada 4 personas, 2 de cada 6 y 1 de cada 11 presentaron algún Trastornos Mentales y del Comportamiento en la vida, en el último año y en el último mes respectivamente.

En la tabla 2 se presenta también la prevalencia de los trastornos mentales según características sociodemográficas. En este sentido, se observa que las mujeres presentaron mayores porcentajes de Trastornos Mentales y del Comportamiento que los hombres, por cada hombre que presentó Trastornos Mentales y del Comportamiento lo presentaron 6 mujeres en la prevalencia vida y en la prevalencia año, y sólo las mujeres presentaron algún Trastornos Mentales y del Comportamiento en el último mes.

Según la distribución por grupos de edad la prevalencia vida es mayor en los quinquenios entre los 25 a 54 años. En relación al estado civil, las personas casadas presentan prevalencias del 32% y las solteras del 29%. La prevalencia del último año, muestra ser mayor en el grupo quinquenal de 35 a 44 años y en casados. Los Trastornos Mentales y del Comportamiento del último mes se distribuye entre los grupos de edad de 20 a 24, 35 a 44 y 45 a 54 años, y en relación al estado civil se encuentran iguales prevalencias para casados y solteros (tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia de Trastornos Mentales y del Comportamiento según características sociodemográficas de las personas encuestadas que consultaron por problemas de salud general a los centros de Salud de Malvinas Argentinas, Córdoba (n: 69).

	Prevalencia Vida		Prevalencia Año		Prevalencia Mes	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Hombres	7	10,14	3	4,35	0	0,00
Mujeres	47	68,12	20	28,99	6	8,70
Grupo de Edad						
20 a 24	9	13,04	6	8,70	2	2,90
25 a 34	15	21,74	3	4,35	0	0,00
35 a 44	15	21,74	9	13,04	2	2,90
45 a 54	11	15,94	4	5,80	2	2,90
55 a 65	4	5,80	1	1,45	0	0,00
Estado civil						
Casado	22	31,88	9	13,04	3	4,35
Separado	5	7,25	1	1,45	0	0,00
Divorciado	6	8,70	3	4,35	0	0,00
Viudo	1	1,45	0	0,00	0	0,00
Soltero	20	28,99	10	14,49	3	4,35
Prevalencia Total	54	78,26	23	33,33	6	8,70

Una primera aproximación a la distribución porcentual de los diagnósticos que incluye la entrevista del CIDI, se muestra en la prevalencia de Trastornos Mentales y del Comportamiento agrupados según el capítulo V (F00-F99) "Trastornos mentales y del comportamiento" de la la CIE-10. Se observa que la prevalencia de los mismos se distribuye entre los diagnósticos agrupados como trastornos afectivos (del humor) y trastornos de ansiedad (neuróticos) con prevalencias del 42% y 36% respectivamente, y no se encontraron casos en los grupos de trastornos mentales debidos al consumo de psicotrópicos y trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia (tabla 3).

En la tabla 4 se puede observar la prevalencia de los diagnósticos de Trastornos Mentales y del Comportamiento incluidos en los trastornos afectivos y de ansiedad. Al respecto, los diagnósticos que presentaron mayor prevalencia en la vida fueron: trastorno de pánico (13,0%), episodio depresivo severo sin síntomas psicóticos (7,2%), trastorno depresivo recurrente (7,2%). Entre los diagnósticos que presentaron mayor prevalencia en el último año fueron: trastorno de pánico (7,2%), trastorno de ansiedad generalizada (4,3%) y trastorno obsesivo-compulsivo (4,3%). Mientras que para la prevalencia mes se presentaron: trastorno de pánico (4,3%), trastorno de ansiedad generalizada (2,9) y agorafobia (1,4%).

Tabla 3. Prevalencia de Trastornos Mentales y del Comportamiento en personas encuestadas que consultaron por problemas de salud general a los centros de Salud de Malvinas Argentinas por grupos de clasificación según la CIE-10 (n: 69).

Grupo según CIE-10	Prevalencia Vida		Prevalencia Año		Prevalencia Mes	
	n	%	n	%	n	%
(F10-F19) Trastornos mentales debidos al consumo de psicotrópicos.	0	0,00	0	0,00	0	0,00
(F30-39) Trastornos afectivos (del humor).	29	42,03	7	10,14	0	0,00
(F40-49) Trastornos de ansiedad (neuróticos).	25	36,23	16	23,19	6	8,70
(F90-F98) Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia.	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	54	78,26	23	33,33	6	8,70

La tabla 5 presenta datos sobre la distribución del número de trastornos a lo largo de la vida, del último año y del último mes, que permite obtener información general sobre la comorbilidad de Trastornos Mentales y del Comportamiento. Los resultados muestran que la comorbilidad para la prevalencia vida fue del 27,78%, la comorbilidad estimada para los últimos 12 meses y último mes se presentó con el 21,74% y 33,33% respectivamente.

Los datos de la tabla 5 muestran que 1 de cada 7 entrevistados presentó un trastorno mental en la vida, que 1 de cada 8 presentó 2 trastornos mentales, y 1 de cada 9 presentó 3 o más trastornos mentales en la vida. En relación al último año, se observa que 1 de cada 10 entrevistados presentó un trastorno mental y 1 de cada 14 presentó tres o más trastornos mentales.

Tabla 4. Distribución de los Trastornos Mentales y del Comportamiento según sexo en personas encuestadas que consultaron por problemas de salud general a los centros de Salud de Malvinas Argentinas por grupos de clasificación según la CIE-10 (n: 69).

Diagnóstico	Hombres						Mujeres						Total					
	Prevalencia						Prevalencia						Prevalencia					
	Vida		Año		Mes		Vida		Año		Mes		Vida		Año		Mes	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
(F30-39) TRASTORNOS AFECTIVOS (DEL HUMOR)																		
(F32.0) Episodio depresivo leve	2	10,50%	0	0	0	0	2	4,00%	1	2,00%	0	0	4	5,80%	1	1,40%	0	0
(F32.1) Episodio depresivo moderado	0	0	0	0	0	0	3	6,00%	0	0	0	0	3	4,30%	0	0	0	0
(F32.2) Episodio depresivo severo sin síntomas psicóticos	0	0	0	0	0	0	5	10,00%	2	4,00%	0	0	5	7,20%	2	2,90%	0	0
(F33.0) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve	2	10,50%	0	0	0	0	2	4,00%	1	2,00%	0	0	4	5,80%	1	1,40%	0	0
(F33.1) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado	0	0	0	0	0	0	3	6,00%	0	0	0	0	3	4,30%	0	0	0	0
(F33.2) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos	0	0	0	0	0	0	5	10,00%	2	4,00%	0	0	5	7,20%	2	2,90%	0	0
(F34.1) Distimia	0	0	0	0	0	0	5	10,00%	1	2,00%	0	0	5	7,20%	1	1,4	0	0
(F40-49) TRASTORNOS DE ANSIEDAD (NEURÓTICOS)																		
(F40.0) Agorafobia	0	0	0	0	0	0	4	7,41%	3	6,00%	1	2,00%	4	5,80	3	4,30%	1	1,4%
(F40.1) Fobia Social	0	0	0	0	0	0	1	1,85%	0	0	0	0	1	1,45	0	0	0	0
(F40.2) Fobias específicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(F41.0) Trastorno de pánico (ansiedad episódica paroxismal)	1	5,30%	1	5,30%	0	0	8	16,00%	4	8,00%	3	6,00%	9	13,00%	5	7,20%	3	4,30%
(F41.1) Trastorno de ansiedad generalizada	1	5,30%	1	5,30%	0	0	4	4,00%	2	4,00%	2	4,00%	5	7,20%	3	4,30%	2	2,90%
(F42) Trastorno obsesivo-compulsivo	1	5,30%	1	5,30%	0	0	2	4,00%	2	4,00%	0	0	3	4,30%	3	4,30%	0	0
(F43.1) Trastorno post-traumático del stress	0	0	0	0	0	0	3	6,00%	2	4,00%	0	0	3	4,30%	2	2,90%	0	0

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje del número de diagnósticos de Trastornos Mentales y del Comportamiento presentados en la vida, en el año y en el mes de las personas encuestadas que consultaron por problemas de salud general a los centros de Salud de Malvinas Argentinas (n: 69).

N° de Trastornos Mentales y del Comportamiento	Vida		Año		Mes	
	n	%	n	%	n	%
1 TMyC	10	14,49	8	11,59	2	2,90
2 TMyC	8	11,59	2	2,90	2	2,90
≥3 TMyC	7	10,14	3	4,35	0	0,00

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En función de los resultados obtenidos se observa que la tendencia en la prevalencia de los factores sociodemográficos que aquí se presentan concuerdan con investigaciones anteriores, con mayor prevalencia de trastornos afectivos y de ansiedad entre las mujeres.

Los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas se asocian a prevalencia mayores en hombres, sin embargo no se hallaron casos por estos trastornos en el presente estudio (Benjamín 2002). En este sentido es probable que algunos de los encuestados mediante encuestas comunitarias oculten información sobre los trastornos mentales o relacionados con el uso de sustancias por vergüenza o por temor a una eventual discriminación (Turner 1998).

En relación a la edad y en consistencia con otros estudio se observó una mayor frecuencia de trastornos mentales en el grupo de menores de 45 años (Benjamín 2002, Kessler 1994). Esto acompaña los resultados de estudios de años de vida perdidos por discapacidad, los que muestra que la discapacidad generada como consecuencia de sufrir trastornos mentales, generalmente aparecen a edades más temprana que otras enfermedades crónicas (Kohn 2005).

Se observan en los resultados, la mayor prevalencia en la condición de casado en relación a los solteros, esto coincide con estudios donde se corrobora el rol protector en los trastornos mentales que tendría el estar o permanecer soltero (Benjamín 2002).

Los resultados apoyan la necesidad de incrementar los esfuerzos para hacer disponibles servicios y estrategias de promoción, prevención y atención de la salud mental desde el primer nivel de atención, las cuales deben ser parte de acciones llevadas a cabo a partir de la implementación de políticas fundadas tanto en la magnitud y características clínicas de la problemática de la comunidad como en el fundamento de que la Atención Primaria de la Salud puede desempeñar un papel relevante en el nuevo concepto de abordaje de los problemas de salud mental en el primer nivel de atención (OMS 2000).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado R, Numhauser J, Galán L. 2006. Revista Chilena de Salud Pública. 10(1):35–46.
- Alvarado R, Numhauser J, Neves L. 2004. Revista Chilena de Salud Pública.8(3):126–36.
- Alvarado R, Numhauser J, Vera A. 2008. Revista de Salud Pública.12(1):8–16.
- Alvarado R, Vega J, Sanhueza G, Muñoz MG.2005.Revista Panamericana de Salud Pública.18:278–86
- Antini C, Alvarado R. 2008. Revista de Psiquiatría de Uruguay.72(2):142–49.
- Araya R, Alvarado R, Minoletti A.2009.Lancet.374,22:597–98
- Araya R. Tesis. Division of Psychological Medicine. University of Wales. 2001
- Aszkenazi M, Casullo MM. 1984. ActaPsiquiátr.Psicol.AmLat. 30:11-20.
- Basile H. ALCEMON. 2005. 12 (3); 211-231
- Bella M, AR Fernández AR, y col. 2008. VERTEX. 9:10 -16.
- Bella ME, Fernández AR, y col. 2010. Archiv Arg de Pediatría.108: 2.
- Benjamín Vicente P, Pedro Rioseco S, et AL. 2002. Rev. méd. Chile v.130 n.5.
- Burrone MS, Enders J, et al. 2010. Rev. Latino-Americana de Enfermagem (Ribeirão Preto).
- Burrone MS, Fernández AR, et al. 2007. Rev.de Salud Pública.2:7-22.
- Collins PY. In: Caldas de Almeida JM, Cohen A, Eds. Innovative mental health programs in Latin America and de Caribbean. Washington DC, OPS, 2008:1-32.
- Costa JSD et al. 2002. Rev Bras Epidemiol.5:164–173.
- Didoni M, Estario JC, Willington JM, Fernández AR. Rev. Salud Pública. 2005; (1):74.
- Fernández AR, Acosta LD. 2008. Observatorio de Salud de la Prov. de Cba.
<http://www.obssaludcba.com.ar>
- Fernández AR, y col. Ed. Ministerio de Salud de la Nación. Bs. As. 2007.
- Fernández AR, Escuti C, et al. 2009. Galardón Latinoamericano. Ed. Ministerio de Desarrollo Social. Bs. As.
- Fernández AR, Gallo V, et al. 2010. Revista de Salud Pública, edición Especial 6:24.
- Fifer SK, Mathias SD, et al. 1994. Archives of General Psychiatry.51:740-50.
- Goldberg D. 1996. British Journal of General Practice.46:483-85.
- Jenkins R. 1998. Epidemiol Psichiatr Soc; 7: 120-126.
- Kessler RC, Barker PR et al. 2003. Arch Gen Psychiatry. 60:184-9.
- Kessler RC, FrankRG. Psychological Medicine, 1997,27: 861–873.
- Kessler R, Mc Gonagle K, et al. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 8-19.
- Kohn R, et al. 2004. Bulletin of the World Health Organization.82:858-866.
- Kohn R, Levav I. 2005. Rev Panam Salud Publica.18(4/5):229–40.
- Kohn R, et al. 2001. Rev. Panamericana de Salud Pública.9:211–218.
- Kratz GF, Silva de Lima M y col.2004. Rev Saude Publica.38(3):365-71.
- López de Neira MJ, Acosta L, et al. 2010. Rev. Salud Pública.1:6-14.
- Moreno E, Crivelli V, et al. 2000. Guía de programación local de actividades de Salud Materno Infantil. Universidad Nacional de Tucumán.
- OMS. 2000. Boletín, 3, 78:413–25.
- OMS. 2001. Informe sobre Salud en el Mundo. Ginebra.
- OPS. Salud Mental.43a Reunión del Consejo Directivo. Washington, DC: OPS, 2001.
- Ormel J, Korff V, y col. 1993. American Journal of Public Health. 83:385-90.
- Posada J. Aguilar S. y col. 2006 Revista colombiana de Psiquiatría .Vol.33. Nº 3
- Saldivia S, Vicente B, Kohn R, et al. 2004. Psychiatr Serv. 2004;55:71–6.
- Turner CF, etal. 1998. Science, 280: 867–873.
- Vicente B, Kohn R, et al. 2004. Br J Psychiatry.184: 299–305
- Vizcarra LMB, y col. 2001. Rev Méd Chile.129:1425–1432.
- WHO. International Consortium Psychiatric Epidemiology.Bull WHO. 2001; 78:413-25.
- Wells K, et al. 1989. Journalof the American Medical Association, 262: 914–919.
- Wilbur R, Grimson A, et al. 1972. Bol Of San.Panamericana.
- Wohlfarth TD, et al. 1993. British Journal of Psychiatry, 163: 37–44.